à Monsieur Bourneville
Hommage respectueux
Dr L. Orcel

14

CONCOURS D'AGRÉGATION

**MARS 1892**

SECTION DE CHIRURGIE

---

# TITRES

ET

# PUBLICATIONS

DU

DOCTEUR L. ORCEL

DE LYON

PARIS
IMPRIMERIE D. JOUAUST
Rue de Lille, 7

1892

I

# TITRES SCIENTIFIQUES

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

LAURÉAT PRIX SAINT-OLIVE

(Concours de 1883)

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

ET DE LA CLINIQUE OBSTETRICALE

(1885-1889)

LAURÉAT DES HOPITAUX DE LYON

PRIX BOUCHET (Section de chirurgie. Concours de 1889)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

PRIX DES THÈSES : Médaille de bronze, 1889

ANCIEN MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Professeur : LÉON TRIPIER (1889-1891)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LYON

Professeur : LÉON TRIPIER (Concours 1891)

## II

# PUBLICATIONS

---

## I

### Contribution à l'étude du cancer du corps thyroïde.

(Thèse de Lyon, juillet 1889. — Médaille de bronze.)

Ce travail, basé sur dix-huit faits, dont nous avons nous-même suivi l'évolution, comporte une étude anatomo-pathologique et un exposé rapide de la marche clinique du cancer primitif du corps thyroïde. C'est, en effet, en nous appuyant sur l'examen histologique de nombreuses préparations aussi bien qu'en analysant les observations cliniques que nous sommes arrivés à démontrer que le cancer primitif du corps thyroïde présente des caractères propres aux éléments de cet organe, dont il possède les attributs évolutifs essentiels.

Nombreuses et diverses ont été les classifications proposées pour les tumeurs développées dans le corps thyroïde sans que les auteurs aient pu tomber d'accord sur la délimitation et les caractères propres à chacune des catégories. On a décrit des sarcomes, des carcinomes, des épithéliomes, on a décrit aussi des adénomes, et même des adénomes présentant cette singulière particularité de pouvoir, dans certains cas, envoyer au loin des noyaux de généralisation.

En réalité, le corps thyroïde contient des tissus divers,

tissu conjonctif, nerfs, vaisseaux lymphatiques et sanguins, épithélium des vésicules, et on conçoit que chacun de ces tissus puisse devenir le point de départ de tumeurs développées dans cet organe.

La tumeur développée aux dépens de l'épithélium des vésicules doit seule nous occuper. C'est elle, en effet, qui constitue le véritable cancer thyroïdien, et si nous avons décrit deux cas à forme interstitielle, c'est pour mieux montrer la différence. Les tumeurs à forme glandulaire présentent des caractères communs qui se groupent tous autour de la cellule thyroïdienne. Cette cellule présente une polymorphie un peu variable, suivant l'époque de son évolution où on la considère; mais ce qui la caractérise bien plus que sa morphologie anatomique, c'est son mode de groupement en nids arrondis pleins et l'apparition au sein de ces nids de substance colloïde, tantôt collectée, tantôt sous forme diffuse. L'évolution naturelle sera d'autant plus accusée et plus nette que la tumeur sera d'évolution plus lente.

Considérées de cette façon, les tumeurs du corps thyroïde ne sont que des monstruosités du développement cellulaire, qu'un arrêt se produisant dans ce développement à un stade variable; mais, dans ce vice du développement, les cellules continuent à obéir à la loi de spécificité et de reproduction de leur type atavique tout aussi bien que dans les processus histologiques normaux. (Bard, *Arch. de phys.*, 1886.)

Sous une influence inconnue, une des cellules d'une vésicule thyroïdienne se met à proliférer et à envoyer dans les espaces intéracineux des boyaux cellulaires pleins, composés d'éléments jeunes, qui atteindront des étapes diverses de leur développement suivant l'intensité ou la nature de la cause qui aura déterminé cet arrêt dans leur développement.

Au sein de ces boyaux cellulaires pleins, on verra apparaître de la matière colloïde diffuse ou bien de véritables vésicules de nouvelle formation avec matière colloïde collec-

tée. Dans le premier cas, on aura une tumeur maligne ; dans le second cas, une tumeur de nature bénigne. Entre ces deux extrêmes, on peut concevoir toute une série d'intermédiaires établissant la filiation entre les formes bénignes et les formes malignes. Quant aux vésicules anciennes, elles ne prennent aucune part à l'envahissement, et, si les goitres antérieurs prédisposent au cancer du corps thyroïde, il faut entendre par là non la transformation directe de cellules vieillies en cellules embryonnaires, mais la production de nouvelles cellules jeunes qui ne dépasseront pas le stade embryonnaire.

La formation de boyaux pleins, envoyés dans les espaces intéracineux, rappelle assez bien le développement du corps thyroïde embryonnaire, et nous avons pu nous convaincre, par l'examen d'un certain nombre de corps thyroïdes de fœtus et d'enfants, de l'analogie étroite de structure qui existe entre la constitution anatomique de ces glandes thyroïdes en voie de formation et les tumeurs malignes. Si bien que l'on pourrait dire que les tumeurs très malignes correspondent aux corps thyroïdes de fœtus des derniers mois de la vie intra-utérine, les tumeurs de malignité moyenne, mais avec stroma, aux premières années de la vie, et établir ainsi une sorte de classification avec dénominations correspondantes.

En rapprochant des analyses histologiques les observations cliniques, on ne tarde pas à s'apercevoir que les degrés divers de développement qui séparent les diverses tumeurs d'un même tissu sont précisément parallèles à la rapidité plus ou moins grande de l'accroissement de la tumeur elle-même et à la facilité de la généralisation à distance. On conçoit, en effet, que l'élément embryonnaire des formes malignes soit plus facilement entraîné par le courant circulatoire, et se trouve dans des conditions plus favorables à la greffe. Mais la cellule transplantée n'en continue pas moins à évoluer selon les habitudes de ses congénères, et à former un tissu analogue

à celui d'où elle est partie, refoulant et atrophiant, sans les faire participer à la néoformation, les éléments de tissu où elle a élu domicile. Le tissu nouveau, qui résulte de la prolifération de cette cellule aberrante, présente alors des caractères assez spéciaux pour permettre parfois de préciser à l'œil nu sur sa nature et son origine. Ainsi se trouve expliqué ce fait avancé par W. Müller, à savoir : que les tumeurs malignes du corps thyroïde ont une tendance marquée à reproduire, dans leurs noyaux de généralisation, la structure du corps thyroïde normal. Ainsi se trouve également expliquée la généralisation des prétendus adénomes malins. Ce fait n'a rien de particulier au corps thyroïde, et s'il a été entrevu depuis longtemps pour cet organe, c'est grâce aux caractères plus différenciés et plus facilement appréciables de la cellule thyroïdienne.

Ainsi donc, aussi bien dans les foyers de généralisation à distance que dans la tumeur primitive, les cellules ont conservé les caractères évolutifs essentiels des cellules normales dont elles émanent, et continuent à remplir, par conséquent, les fonctions de la glande normale. En somme, il ne s'agit pas de la destruction du corps thyroïde, mais seulement d'une déviation de la prolifération cellulaire. Et il est remarquable de noter que dans tous les cas de cancer du corps thyroïde que nous rapportons, aussi bien que dans ceux que nous avons trouvés relatés dans les auteurs, alors même que la totalité de la glande se trouve envahie, on ne voit signalé aucun des symptômes pouvant se rapporter à ce myxœdème si fréquement observé, depuis Reverdin, après l'ablation de l'organe.

Ce fait nous a paru avoir une grande importance, car il vient absolument confirmer ce que l'anatomie pathologique nous avait permis d'affirmer.

## II

### Du cancer du corps thyroïde.

(Mémoire couronné du prix Bouchet, par les hôpitaux de Lyon. Concours entre internes de quatrième année.)

(*Province médicale,* juin, juillet, août et septembre 1889.)

Reprenant les idées précédemment émises sur l'anatomie pathologique, nous présentons dans ce travail une étude d'ensemble sur le cancer du corps thyroïde.

En présence de la difficulté du diagnostic hâtif, de la gravité extrême de l'affection, de l'évolution rapide, de la précocité des généralisations impossibles à prévoir, en présence de la connexion du goitre cancéreux avec des organes de première importance, dont la compression entraîne bien plus souvent la mort que la cachexie, quelle devra être la conduite du chirurgien? La thyroïdectomie n'est justifiée qu'à condition d'être radicale; encore les plus complètes ne donnent aucune sécurité sur la repullulation du néoplasme; incomplètes, elles semblent précipiter la marche de la maladie.

Aussi, la seule opération rationnelle doit-elle être une opération palliative. Encore ne devra-t-on agir que la main forcée. La première indication à remplir est sans doute de faire cesser la dyspnée et les accès de suffocation par la trachéotomie, mais cette opération est incapable de mettre un terme à la dysphagie et aux douleurs vives et parfois intolérables qui s'irradient dans la tête et le cou. Aussi est-ce pour remplir cette double indication que nous avons proposé, sous le nom de circum-thyroïdectomie, la libération et la mobilisation du cancer thyroïdien qui a fait l'objet d'une communication du professeur Poncet, au congrès de chirurgie, en octobre 1889.

## III

**De la persistance du gonococcus de l'urèthre après la miction et le lavage de l'avant-canal. — Ses rapports avec les éléments figurés.** (Avec trois planches.)

(*Lyon médical,* 4 septembre 1887.)

Nous avons voulu savoir quel degré de sécurité, au point de vue de l'infection des parties profondes de l'urèthre, pouvait offrir la miction pratiquée immédiatement avant l'administration des injections. Pour cela, nous avons examiné, dans le service de M. Aubert, le pus de vingt-un malades blennorrhagiens avant et après les avoir fait uriner, ou avoir pratiqué un lavage de l'urèthre antérieur, et voici les conclusions auxquelles nous sommes arrivés :

1° Le gonococcus ne réside pas seulement dans le pus blennorrhagique, mais dans l'épaisseur des tissus ;

2° Que la miction et même le lavage de l'urèthre antérieur ne suffisent pas à l'en chasser et à mettre à l'abri de l'infection les parties profondes, quand on triomphe de la résistance du sphincter uréthral.

Le moyen le plus sûr de ne pas infecter les parties profondes est de faire, comme le recommande depuis longtemps M. le professeur Guyon, et comme le rappelle M. Éraud dans sa thèse, l'injection dans l'urèthre antérieur seul, et cela à l'aide d'un tube ne dépassant pas ses limites, ou de n'injecter à la fois qu'une quantité de liquide assez faible pour ne remplir que l'avant-canal.

3° Le seul avantage de la miction avant l'administration de l'injection serait de lui permettre d'être plus directement et plus longtemps active sur la muqueuse ;

4° Les gonococci dans le produit recueilli après miction ou lavage sont presque toujours épars ou en groupe, mais hors

des éléments figurés, ce qui nous a amené à conclure qu'ils naissent indépendamment les uns des autres, soit dans la profondeur, soit à la surface des tissus.

La pénétration du globule de pus par le gonococcus n'aurait lieu qu'à la surface du canal et dans la lumière de celui-ci. Chez l'un de nos malades en observation nous avons même, vingt minutes après la miction, saisi pour ainsi dire sur le fait ce phénomène d'envahissement du globule de pus par le microbe.

## IV

### Contribution à l'étude histologique des greffes zoo-cutanées avec la peau de poulet.

(*Lyon médical,* 8 avril 1888.)

Après avoir pratiqué suivant la méthode de M. Redard des greffes avec la peau de poulet chez deux malades dont les plaies présentaient des conditions bien différentes au point de vue de leur tendance à la réparation, nous avons excisé ces fragments de peau de poulet transplantée en emportant avec eux la couche de bourgeons charnus sous-jacente. Ces excisions ont été pratiquées à plusieurs reprises et après avoir laissé séjourner les greffes un temps variable à la surface de la plaie.

Les coupes ont été pratiquées après durcissement à l'alcool, et il résulte de l'analyse histologique, qui est du reste en parfaite concordance avec la clinique, que :

1° La greffe adhère assez intimement à la plaie, mais ses éléments constituants ne présentent aucun signe de vitalité et de prolifération ;

2° Cette adhérence se détruit assez rapidement et aboutit à un sillon de séparation et à l'élimination de la greffe.

3° Cette destruction, cette atrophie des éléments constituants des lambeaux transplantés et leur élimination varient suivant les plaies. Elle est plus rapide sur des surfaces à bourgeons œdémateux n'étant en aucune façon en voie d'épidermisation que sur des couches bourgeonnantes de bonne nature.

4° Il n'y a aucunement à compter sur la greffe vraie des éléments de la peau de poulet et sur la reproduction de l'épiderme par leur prolifération ;

5° Il est possible toutefois que le pansement animal que réalise la greffe de peau de poulet aide, par sa présence, à l'organisation du tissu des bourgeons charnus et le prépare à recevoir l'épidermisation.

## V

### Hétérotaxie splanchnique totale avec persistance du thymus.

(*Lyon médical*, 3 juin 1888.)

Il s'agit d'un cas de transposition complète des viscères, portant à la fois sur l'ensemble des organes et sur la disposition de chacun d'eux. C'est ainsi que nous avons noté une inversion dans la situation réciproque des cavités cardiaques. Les rapports de l'estomac, de la rate, du foie, de l'intestin, sont transposés ; le diaphragme, lui aussi, a subi le contrecoup de l'inversion des organes. Inversion du côté du système vasculaire, de l'aorte, du tronc brachio-céphalique de la veine-porte, des veines iliaques, des azygos. Inversion dans les rapports des intercostales, dans l'abouchement des veines spermatiques. Transposition des nerfs pneumogastriques et phréniques. Rien du côté du crâne ni du cerveau. Prédominance de poids du lobe du côté droit. Du reste le sujet était

droitier. Toutefois il présentait une inversion de la courbure dorsale de la colonne vertébrale, fait qui va encore à l'encontre de l'ancienne théorie de Bichat, aujourd'hui abandonnée. Il est du reste bien plus naturel d'admettre une action plus étendue de la cause qui détermine l'incurvation de l'anse cardiaque à la gauche de l'embryon et d'attribuer cette courbure à une différence de développement atteignant l'ensemble des parties constituantes d'un côté de l'embryon. Dans les cas d'inversion, cette différence de développement porterait sur le côté opposé.

Le sujet qui fait l'objet de cette observation présentait en outre un thymus assez développé. Le fait de la persistance de cet organe n'est pas très rare, mais, dans le cas que nous avons observé, le volume énorme de l'organe ne permettait pas de voir dans sa persistance un simple retard de régression et conduit à penser qu'il a participé à l'augmentation de volume que les autres organes subissent tous à mesure que le sujet évolue et se développe.

## VI

### Sur une déformation du membre supérieur droit avec atrophie en longueur et en épaisseur du squelette correspondant, consécutive à une ancienne brûlure.

(*Revue de chirurgie*, 1888.)

Brûlé à l'âge de 23 ans, notre malade présentait, du fait de ses cicatrices, des déformations qui donnaient au membre supérieur un aspect bizarre. La main, complètement couchée sur l'avant-bras, avec lequel elle se confond par sa face dorsale, présente sa face palmaire comparable, par suite de l'atrophie des doigts, à une face plantaire.

Le squelette correspondant présentait en outre une atro-

phie notable en épaisseur et en longueur, et, si on s'explique aisément par l'immobilisation relative, par les troubles trophiques consécutifs à des brûlures profondes, l'atrophie en épaisseur, il n'en est pas de même de la différence de longueur des segments osseux. D'autre part, on ne peut pas invoquer un arrêt de développement, puisque l'accident est survenu à l'âge de 23 ans, après la soudure des épiphyses. Il ne s'agit pas non plus d'ostéite nécrosique, car à aucun moment il n'y a eu d'élimination osseuse. Il faut donc voir là une sorte de tassement, d'usure progressive des extrémités osseuses par traction des brides cicatricielles, rappelant ainsi les faits expérimentaux dans lesquels M. le professeur Ollier faisait naître à volonté certaines déformations reconnaissant pour cause l'inégalité de développement de deux os parallèles.

## VII

### Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver.

(*Province médicale*, 12 janvier 1889.)

Entrée au niveau du cinquième espace intercostal gauche, la balle avait traversé les fibres du diaphragme, perforé l'estomac, écorné le rein gauche, et était venue se loger dans la peau de la région lombaire. Absence totale de phénomènes pouvant faire supposer une plaie stomacale et renale. Abstention. Mort 14 jours après l'accident par pneumonie infectieuse contractée à l'hôpital, sans laquelle le malade eût sans doute guéri.

## VIII

### Fractures expérimentales de l'olécrone.

(In thèse de Belin, Lyon, 1891.)

Nous avons reproduit pour le coude les expériences que notre maître, le professeur Léon Tripier, avait instituées pour le genou, et qui firent l'objet de sa part d'une communication au Congrès de chirurgie en 1889. Nous avons cherché à déterminer la localisation et la marche de l'épanchement sanguin.

## IX

### Observations ou pièces anatomiques présentées à la Société des sciences médicales de Lyon.

A. — EXTIRPATION D'UN GOITRE VOLUMINEUX. APHONIE PASSAGÈRE.

(Société des sciences médicales de Lyon, novembre 1887.)

B. — DÉCORTICATION D'UN GOITRE. — APHONIE APPARAISSANT DÈS LE SOIR.

(Société des sciences médicales de Lyon, décembre 1890.)

On avait constaté à l'examen laryngoscopique une paralysie de la corde vocale gauche, qui disparut rapidement par l'application des courants descendants, alors que les courants ascendants, employés par erreur, restaient sans résultat. Fait en faveur de l'origine vasculaire de ces paralysies par ligature de la thyroïdienne inférieure et rupture passagère de la circulation du recurrent.

C. — EPITHÉLIOMA DU VOLUME DU POING SIÉGEANT SUR LE DOS DE LA MAIN. — AMPUTATION.

(Société des sciences médicales de Lyon, novembre 1887.)

D. — EPITHÉLIOMA DU GROS ORTEIL.

(Société des sciences médicales de Lyon, avril 1888.)

Cette tumeur développée sur le gros orteil avait entraîné par son volume et par son poids le gros orteil du côté du dos du pied, en déterminant une subluxation de la deuxième phalange sur le métatarse.

E. — DÉFORMATION DE L'AVANT-BRAS.

(Société des sciences médicales de Lyon, janvier 1888.)

F. — DOUBLE KYSTE DERMOÏDE DE LA RÉGION PAROTIDIENNE.

(Société des sciences médicales de Lyon, février 1889.)

Cas intéressant, parce qu'il est rare de voir deux kystes se développer au niveau de la même fente branchiale, et, en outre, à cause de l'apparition tardive de ces tumeurs de nature congénitale, restant à l'état de germes embryonnaires, à l'état latent pendant un temps fort long, 36 ans dans ce cas-là.